**B V D A**

**Bundesverband Deutscher Apotheker e.V.**

**Borsigallee 21, 60388 Frankfurt, Tel.: 069-312464 – Telefax 069-313335**

**Chefinformation 04-16**

Mai 2016

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir freuen uns Ihnen eine Neuerung bei Ingenico Payment Services als Partner des BVDA und der IHN GmbH mitteilen zu können:

**Gesichertes Lastschriftverfahren für die girocard für nur 0,16 % vom Zahlungsbetrag.**

Ab sofort können Sie Ihre Kunden auch über das gesicherte Lastschriftverfahren OLV®-Acquiring mit Ihrer Unterschrift bezahlen lassen. Beim gesicherten online Lastschriftverfahren übernimmt Ingenico Payment Services die volle Zahlungssicherheit und das für nur 0,16 % vom Bonwert und 2 Cent für das zentrale Clearingkonto - dadurch sparen Sie Buchungskosten bei Ihrer Bank.

**OLV® ist eine bewährte Zahlmethode im Markt, die nicht nur günstig sondern auch sicher ist.**

Ingenico Payment Services stellt für Sie ein Angebotspaket zusammen, das auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist, z.B.:

* ein portables Terminal iWL250B für nur 21,90 Euro im Monat (weitere Terminals auf Anfrage)
* günstige Konditionen von nur 4 Cent pro Transaktion
* gesichertes online Lastschriftverfahren für nur 0,16 % vom Bonwert
* die Akzeptanz aller gängigen Kredit- und Bankkarten

Hinzu wählbar sind weitere Services die Ihnen die Zahlungsabwicklung erleichtern.

Lassen Sie sich kostenlos und unverbindlich beraten – egal, ob Sie ins bargeldlose Bezahlen erst einsteigen oder einen Wechsel Ihres bestehenden Kartenterminals planen. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Senden Sie uns das Faxformular zurück.

Weitere Informationen zur Partnerschaft zwischen dem BVDA und Ingenico Payment Services sowie zu Preisen und Konditionen finden Sie hier: <http://www.apothekerverband-bvda.de/168/>

Mit kollegialen Grüßen

Ihr BVDA Bundesverband Deutscher Apotheker e.V.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Rückfax BVDA 069-408945-10**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Das Angebot interessiert mich. □ Bitte kontaktieren Sie mich telefonisch.

Apotheke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Bitte keine Faxinformationen mehr an meine Apotheke